

松江市告示第 23 号

松江市国民健康保険検診助成事業実施要綱（平成 17 年松江市告示第 53 号）の一部を次のように改正する。

令和 2 年 1 月 27 日

松江市長 松 浦 正 敬

次の表により、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分は、これに対応する改正後欄に掲げる規定の下線を付した部分のように改め、改正前欄に掲げる規定で改正後欄にこれに対応するものを掲げていないものは、これを削り、改正後欄に掲げる規定で改正前欄にこれに対応するものを掲げていないものは、これを加える。

改正後	改正前
<p>(目的)</p> <p>第 1 条 この要綱は、松江市国民健康保険条例(平成 17 年松江市条例第 230 号)第 9 条の規定に基づき、保健事業の一環として<u>検診</u> _____ の費用の一部を助成することにより、疾病の予防、早期発見及び早期治療を図るとともに、被保険者の健康管理に対する自覚と予防医学に対する認識を深めることを目的とする。</p> <p>(対象となる<u>検診</u> _____)</p> <p>第 2 条 助成の対象となる<u>検診</u> _____ は、<u>次の各号に掲げる種別に応じ当該各号に定める検診を実施する機関(以下「実施機関」という。)</u>が、<u>第 1 号及び第 2 号に掲げるもの</u> <u>にあつては実施機関の施設において、第 3 号に掲げるものにあつては移動検診車(一部の検査を車外の施設において行う場合</u></p>	<p>(目的)</p> <p>第 1 条 この要綱は、松江市国民健康保険条例(平成 17 年松江市条例第 230 号)第 9 条の規定に基づき、保健事業の一環として<u>医療機関(医療施設を含む。以下同じ。)</u>で行う<u>検診(以下「施設検診」という。)</u>の費用の一部を助成することにより、疾病の予防、早期発見及び早期治療を図るとともに、被保険者の健康管理に対する自覚と予防医学に対する認識を深めることを目的とする。</p> <p>(<u>施設検診及び医療機関</u>)</p> <p>第 2 条 助成の対象となる<u>施設検診</u>は、<u>次の各号に掲げるもの</u> <u>に応じ当該各号に定める医療機関で行うものとする。</u> _____</p>

を含む。)において行うもの(以下「施設検診」という。)とする。

(1)～(3) 略

2 施設検診において実施する検査の項目及び内容(以下「検査内容」という。)は、年度ごとに市と各実施機関が確認を行い決定するものとし、当該決定に係る検査内容以外の検査は、前項の規定にかかわらず、助成の対象としないものとする。

3 助成の対象となる施設検診は、同一年度内において受診者ごとに第1項各号に掲げる種別のいずれか1つとし、かつ、同一種別にあつては当該各号に定める実施機関のいずれか1つが実施する施設検診とする。

(対象者)

第3条 この要綱における助成の対象者は、次に掲げる要件を満たす者とする。

(1) 申請日及び受診日に松江市国民健康保険の被保険者であること。

(2) 略

(3) 受診日に20歳以上であること。

(4) 同一年度内に松江市国民健康保険特定健康診査を受診していないこと。

(5) 同一年度内にこの要綱に基づく助成を受けていないこと。

(1)～(3) 略

(対象者)

第3条 この要綱における助成の対象者は、次に掲げる要件を満たすものとする。

(1) 申請時及び受診時に松江市国民健康保険の被保険者であること。

(2) 略

(検診内容)

第4条 検査項目及び検査内容は年度毎に各医療機関と協定し、契約書により確認するものとする。

(申請\_\_\_\_\_)

**第4条** この要綱に基づく助成を受けようとする被保険者(以下「申請者」という。)は、申請者の氏名、生年月日、住所、連絡先電話番号及び松江市国民健康保険被保険者番号を記載した書面を市長に提出するものとする。

(自己負担金及び助成金の額等)

**第5条** 市は第2条の医療機関と検診に要する基本的費用について協定し、検診費用総額(消費税を含む。)から11,000円を控除した額を受診者の負担とし、11,000円を助成する。

2 助成対象となる施設検診は、同一年度内にいずれか1回を限度とする。

3 同一年度内に松江市国民健康保険特定健康診査を受診する被保険者は本助成を受けることができないものとする。

4 自己負担金は、医療機関に納入するものとする。

5 助成金は、第2条に掲げる医療機関において対象者が受診した実績により、各医療機関に対して支払うものとする。

6 第4条に掲げる健診内容以外の検査については、助成の対象外とする。

(申込み及び実施期間)

**第6条** 受診申込み及び実施期間は、当該助成に係る予算の範囲内において市長が別に定める。

(申請手続き)

**第7条** この要綱に基づく助成を受けようとする被保険者\_\_\_\_\_は、次の各号に掲げる事項 \_\_\_\_\_を記載した書面を市長に提出するものとする。

(1) 助成を受けようとする被保険者氏名

(資格の確認等)

**第5条** 市長は、前条の申請 \_\_\_\_\_ があったときは、申請者が第3条に規定する要件を満たしているか否を審査し \_\_\_\_\_、要件を満たしている場合は 松江市国民健康保険人間ドック・脳ドック受診決定通知書(様式第1号。以下「決定通知書」という。)によりその旨を通知し、要件を満たしていない場合は書面をもって申請を却下するものとする。

(受診の方法)

**第6条** 前条の規定により助成の決定を受けた者(以下「助成決定者」という。)は、受診日当日、実施機関に決定通知書と松江市国民健康保険被保険者証を提示し、かつ、次の各号に掲げる検診の種別に応じ、当該各号に定める額を自己負担金として支払わなければならない。ただし、受診年度において40歳に達する者については、自己負担金を免除するものとする。

- (1) 外来人間ドック 8,000円(松江赤十字病院が実施するものを女性が受診する場合は11,300円)
- (2) 外来脳ドック 10,000円
- (3) 集団人間ドック 6,000円

(2) 被保険者の生年月日

(3) 住所及び連絡先電話番号

(4) 松江市国民健康保険被保険者番号

(資格の確認等)

**第8条** 市長は、前条に規定する申請があったときは、申請者が第3条に規定する資格を有することを確認した後に、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める様式による松江市国民健康保険人間ドック・脳ドック受診票を申請者に交付するものとする。

(1) 40歳未満 様式第1号

(2) 40歳以上 様式第2号

(受診の方法)

**第9条** 前条の規定に基づき受診票の交付を受けた被保険者 \_\_\_\_\_ は、受診日当日、医療機関に受診票 \_\_\_\_\_ と松江市国民健康保険被保険者証を提出し、第5条に規定する自己負担金を支払わなければならない。

(申込み及び実施期間)

第7条 受診申込み及び実施期間は、当該助成に係る予算の範囲内において市長が別に定める。

(助成の方法)

第8条 この要綱に基づく助成は、助成決定者が本来実施機関に支払うべき費用の一部を、市が実施機関に助成金として支払うことにより行う。

2 市長は、検診に要する基本的費用について年度ごとに各実施機関と確認を行ったうえで、助成決定者1人当たりの検診単価を決定するものとする。

3 実施機関は、助成決定者の検診の受診人数の実績を検診の種別ごとに月締めで市長に報告するとともに、助成金の請求を行うものとする。

4 市長は、前項の請求があったときは、第2項に規定する1人当たりの検診単価から第6条に規定する1人当たりの自己負担金を控除した金額に前項の規定により報告を受けた受診人数を乗じた額を各実施機関に支払うものとする。

(契約の締結)

第9条 市と各実施機関は、第2条に規定する検査内容及び前条第2項に規定する検診単価その他の助成金の支払いに関し必要となる事項について契約を締結するものとする。

第10条 略

(助成の方法)

第10条 市は、被保険者がこの要綱により受診したときは、医療機関と施設検診に要する費用について協定した金額から自己負担金を控除した金額を、医療機関の請求に基づき支払うものとする。

第11条 略

様式第1号(第5条関係) 別紙のとおり

様式第1号(第8条関係) 別紙のとおり

様式第2号(第8条関係) 別紙のとおり

<改正後>

様式第1号（第5条関係）

第 号  
年 月 日

松江市国民健康保険 人間ドック 受診決定通知書  
脳ドック

松江市長 氏名 印

このことについて、次のとおり決定したので通知します。

整理番号	
------	--

被保険者証	記号 01	番号
受診者	住所	松江市 丁目 番 号 町 番地
	氏名	男・女
	生年月日	年 月 日
受診ドック名		
実施機関名		
自己負担額		
受診日	年 月 日	有効期限 年 月 日

- 受診機関及び受診日はご希望に添えていない場合がありますことをご了承ください。
- 受診日当日、実施機関にこの決定通知書と松江市国民健康保険被保険者証を提示してください。
- ドックをキャンセルされる場合には早めに市役所及び各実施機関にご連絡ください。
- 直前にキャンセルをされると実施機関によってはキャンセル料を請求される場合があります。

	名称	電話番号	名称	電話番号
連絡先	松江市立病院		松江記念病院	
	松江赤十字病院		島根県環境保健公社	
	松江生協病院 (ふれあい診療所)		JA 島根厚生連	
			市役所保険年金課	

<改正前>

様式第1号（第8条関係）

人間ドック  
松江市国民健康保険 脳ドック 受診票

年 月 日 発行

松江市長 氏 名 印

整理番号

被保険者証	記号 01	番号		
受診者	住所	松江市	丁目	番号
	氏名			番地
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
受診ドック名	1. 外来人間ドック 2. 外来脳ドック 3. 集団人間ドック			
医療機関名				
受診予定日	年 月 日	有効期限	年 月 日	

- 受診日当日、医療機関にこの受診票と松江市国民健康保険被保険者証を提出してください。
- ドックをキャンセルされる場合には早めに市役所（支所）か各医療機関に御連絡ください。
- 直前にキャンセルをされると医療機関によってはキャンセル料を請求される場合があります。

連 絡 先	医療機関名	電話番号	市役所	電話番号
	松江市立病院		本庁（保険年金課）	
	松江赤十字病院		鹿島支所	
	松江生協病院 （ふれあい診療所）		島根支所	
	松江記念病院		美保関支所	
	島根県環境保健公社		八雲支所	
	JA 島根厚生連		玉湯支所	
			宍道支所	
			八束支所	
			東出雲支所	



<改正前>

様式第2号（第8条関係）

特

人間ドック  
松江市民健康保険  
脳ドック  
受診票

年 月 日 発行

特 定 健 康 診 査

松江市長 氏 名 印

整理番号 特

年 月 日～ 年 月 日

被 保 険 者 証	記 号 0 1	番 号	
受 診 者	住 所	松江市	丁目 番 号 町 番地
	氏 名	男・女	
	生年月日	昭和 年 月 日	
受診ドック名	1. 外来人間ドック 2. 外来脳ドック 3. 集団人間ドック		
医療機関名			
受診予定日	年 月 日	有効期限	年 月 日

ドック助成を受ける人は、同一年度内に松江市国民健康保険特定健康診査を受診することはできません。

○受診日当日、医療機関にこの受診票と松江市国民健康保険被保険者証を提出してください。

○ドックをキャンセルされる場合には早めに市役所（支所）か各医療機関に御連絡ください。

○直前にキャンセルをされると医療機関によってはキャンセル料を請求される場合があります。

連 絡 先	医療機関名	電話番号	市役所	電話番号
	松江市立病院		本庁（保険年金課）	
	松江赤十字病院		鹿島支所	
	松江生協病院 （ふれあい診療所）		島根支所	
	松江記念病院		美保関支所	
	島根県環境保健公社		八雲支所	
	JA 島根厚生連		玉湯支所	
			宍道支所	
			八束支所	
			東出雲支所	

附 則

この告示は、令和2年4月1日から施行する。